22

EXPOSÉ

DES

TITRES ET TRAVAUX

SCIENTIFIQUES

DU

Dr DE SOYRE

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS
LAURÉAT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PARIS
A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1879

1° CONCOURS ET NOMINATIONS

Externe des Hôpitaux de Paris (1865-1868), médaille de bronze.

Docteur en médecine le 18 juin 1869.

Adjoint au Chef de clinique d'accouchements de la Faculté de Paris le 5 août 1869.

Cette nomination a eu lieu à la suite du concours ouvert devant la Faculté de Médecine de Paris, selon les règles ordinaires.

Chef de clinique d'accouchements à la Faculté de Médecine de Paris le 28 juillet 1872.

Comme la précédente, cette nomination a été obtenue à la suite du concours régulier ouvert devant la Faculté de Paris.

Concours d'agrégation de 1875.

A ce concours, je ne me suis présenté que pour la Faculté de Médecine de Paris. Il y avait trois concurrents pour une seule place.

2° ENSEIGNEMENT.

Cours d'accouchements dans les amphithéâtres de l'École pratique (1871).

Conférences de clinique obstétricale faites au lit du malade à l'hôpital des Cliniques pendant la durée du clinicat (1).

---

(1) Mon clinicat a été de près de trois ans : 1° Une année pendant l'absence du titulaire, le Dr Chantreuil, parti pour les ambulances de l'armée pendant la guerre ; 2° deux années pendant lesquelles j'ai été titulaire.

3° PUBLICATIONS.

---

1. — Thèse inaugurale sur ce sujet : Etude historique et critique sur le mécanisme de l'accouchement spontané.

Cette thèse de 210 pages in-8° est divisée en deux parties : dans la première est relaté tout l'historique de la question depuis Hippocrate jusqu'aux temps présents. Mon but n'a pas été de reproduire successivement tout ce que chacun des auteurs cités a pu écrire sur les accouchements, mais de montrer comment cette science a pris successivement droit de cité parmi les spécialités médicales. Abandonnés dans les temps anciens et peut-être encore aujourd'hui dans quelques contrées à des matrones et à des sage-femmes, les accouchements ne furent connus des médecins que progressivement, selon les progrès de la civilisation.

De là plusieurs périodes que j'ai indiquées sous les noms d'école grecque, école arabe, école du moyen âge et école moderne : dans ces divers chapitres j'ai passé successivement en revue tout ce qui a été écrit sur les accouchements en me renfermant graduellement de plus en plus dans mon sujet, c'est-à-dire que depuis Solayres de Renhac il n'est plus guère question que des classifications, des présentations et des positions.

Dans la seconde partie, j'ai pris chaque présentation fœtale en particulier et j'ai décrit le mécanisme de l'accouchement dans chacune des positions de ces présentations. C'est là la partie critique de cette publication. J'ai reproduit à propos du mécanisme

tout ce qui a été dit dans ces derniers temps sur la question et discuté les opinions des divers auteurs, puis exposé mes vues particulières sur ce sujet.

Cette thèse a reçu de la Faculté de médecine de Paris une mention honorable.

2. — Thèse présentée au concours d'agrégation (1875) sur ce sujet : — Dans quels cas est-il indiqué de provoquer l'avortement ?

Cette thèse de 206 pages in-8° est divisée en plusieurs chapitres. J'ai d'abord, dans une courte introduction, indiqué de quelle manière j'ai cru devoir traiter le sujet qui m'était échu en partage et j'ai établi cette division :

1° Historique ;

2° Considérations générales (exposé des opinions des divers auteurs au triple point de vue moral, légal et religieux) ;

3° Rétrécissements du bassin et du canal vulvo-utérin ;

4° Etats graves de la femme enceinte déterminés par la grossesse ;

5° Maladies indépendantes de la grossesse mais qui reçoivent de celle-ci un surcroît de gravité.

Dans l'historique, du reste fort rapide, j'ai montré que l'avortement dans les temps anciens, sauf quelques cas excessivement rares, n'était guère employé que dans un but criminel. C'est Louise Bourgeois qui, la première en France, a conseillé l'accouchement provoqué dans certains cas d'hémorrhagie pendant la grossesse ; toutefois, l'avortement provoqué ne fut accepté scientifiquement qu'à partir de 1756 où les principaux praticiens de Londres, après s'être réunis pour discuter cette question, l'acceptèrent comme un progrès.

Dans le deuxième chapitre, sur les considérations générales, j'ai fait voir d'abord que l'avortement a été presque toujours sévèrement

défendu dans les législations des différents peuples, mais que cependant certains philosophes avaient pensé à ériger cette opération en une méthode d'équilibre social. A partir de l'introduction du christianisme les peines les plus sévères sont édictées contre l'avortement. Toutefois, la question est de savoir si l'avortement provoqué dans un but évident d'humanité doit être considéré comme atteint par la loi; je ne le pense pas et je cite des textes à l'appui de mon opinion. Passant à la question religieuse, j'ai montré que les textes sur lesquels on s'appuie généralement pour défendre l'avortement scientifique ne sont pas applicables à la question et qu'avant toute chose il faut plutôt se préoccuper de l'esprit que de la lettre de ces prescriptions.

Dans le troisième chapitre, ayant admis l'avortement provoqué, j'ai cherché dans quels cas cette méthode est applicable et j'ai passé successivement en revue les bassins rétrécis par le rachitisme, les bassins ostéomalaciques, spondylolisthésiques, cyphotiques, obliques ovalaires, viciés par luxation coxo-fémorale, rétrécis par exostoses, ostéosarcomes, ostéostéatomes, etc. Les cas où le canal vulvo-utérin est obstrué par des tumeurs fibreuses provenant de l'utérus, par une masse cancéreuse née au col de la matrice, ou dans les parois vaginales, par un kyste hydatique, etc.

Dans le quatrième chapitre, j'ai étudié les états graves provenant de la grossesse et pouvant conduire à provoquer l'avortement, comme les vomissements incoercibles, la rétroversion utérine, l'excès de volume de l'utérus distendu par l'hydramnios, certaines hémorrhagies graves, l'éclampsie, etc.

Enfin dans le cinquième chapitre j'ai passé en revue les états indépendants de la grossesse, mais qui reçoivent de celle-ci un surcroît de gravité telle que la vie de la mère est en danger. Ces états sont les affections organiques du cœur, certains accidents nerveux, l'hypertrophie de la glande thyroïde. Les indications de l'avortement

sont loin d'être trouvées dans la plupart de ces états morbides et j'ai dû recommander la plus grande prudence et la plus extrême circonspection.

Dans un appendice j'ai dit quelques mots de l'avortement dans la grossesse extra-utérine. Les observations sur ce point délicat sont encore trop peu nombreuses pour qu'on puisse en déduire une règle générale applicable à ce genre de grossesse.

Les conclusions de cette thèse peuvent se résumer en quelques mots : no jamais provoquer d'avortement dans un but scientifique sans s'être entouré d'un certain nombre do confrères qui viennent corroborer votre opinion et partager votre responsabilité.

2. — Leçons de clinique obstétricale professées à l'hôpital des Cliniques par le professeur Depaul, rédigées par le Dr de Soyre, chef de clinique d'accouchements.

Dans la préface qui accompagne ces leçons le professeur Depaul indique ainsi la part qui me revient dans cette publication : « M. le docteur de Soyre, qui a bien voulu se charger de rédiger ces leçons, est un de mes anciens élèves qui s'est depuis longtemps pénétré de mes idées et qui pouvait mieux que personne les reproduire avec fidélité. Je le remercie du soin qu'il a mis dans l'accomplissement de ce travail. »

Quiconque a essayé de reproduire ou même d'esquisser un discours prononcé en public sait qu'il ne suffit pas de placer les uns après les autres les mots débités par l'orateur pour donner même une idée imparfaite de ce qui a été dit. Il est bien autrement difficile encore de publier des leçons scientifiques et surtout des leçons cliniques. Pour ces dernières il y a une forme spéciale qui ne se prête pas à la publication parce qu'elles roulent en général sur des exemples que le professeur a présenté aux élèves avant leur en-

trée à l'amphithéâtre, en faisant la visite des malades, et là au lit même du sujet, il a donné des explications sur lesquelles il ne revient pas en faisant sa leçon, mais qui sont nécessaires à connaître pour un lecteur. Les recherches historiques, les travaux statistiques sont toujours ou presque toujours laissés dans l'ombre lors d'une leçon clinique, et cependant ils ont leur importance.

Voilà en quelques mots le travail que j'ai entrepris. J'ai dû en quelque sorte coordonner les leçons cliniques de mon maître. De plusieurs leçons sur le même sujet je n'en ai fait qu'une seule, et les divers exemples qui avaient servi au professeur à faire ces leçons sont venus se placer, chacun selon le point qu'il s'agissait de mettre en lumière, au chapitre qui traitait de ce fait en particulier.

J'ai en outre ajouté de nombreuses recherches historiques et j'ai donné des tableaux statistiques très-importants pour l'histoire des accouchements en général et pour quelques-uns des accidents qu'on observe pendant la grossesse en particulier.

Je citerai les tableaux qui accompagnent chaque présentation. Celui qui se rapporte aux présentations du sommet à la page 468; celui des présentations de la face à la page 500; celui des présentations du siége à la page 518; celui des présentations de l'épaule à la page 548; les tableaux statistiques des cas d'éclampsie qui ont été observés à l'hôpital des Cliniques depuis 1834 jusqu'au premier janvier 1872 à la page 296; le rélevé de tous les cas d'insertion vicieuse du placenta à la page 654 et suivantes; enfin le relevé de tous les cas de procidence du cordon à la page 582.

Ce premier volume des Leçons cliniques de M. le professeur Depaul doit être très-prochainement suivi d'un second volume où je traiterai des opérations obstétricales. (Cet ouvrage est en préparation.)

4. — Hémorrhagies après l'accouchement ; traitement préventif et curatif, d'après des documents anglais.

(*Archives de tocologie*, janvier et mars 1874).

J'ai réuni dans ces deux articles les opinions de quelques auteurs anglais sur cette question. Mais la discussion a pris en Angleterre une telle extension, et a été par la suite si bien détournée du premier but que l'on poursuivait, que j'ai dû arrêter ma traduction.

5. — Traitement préventif et curatif de l'inflammation utérine.

(*Archives de tocologie*, février 1874.)

Traduction d'un mémoire anglais du Dr J. Tilt, président de la Société obstétricale de Londres.

6. — De la compression du crâne dans l'accouchement.

(*Archives de tocologie*, février 1874.)

Traduction d'un mémoire allemand de H. Fehling.

7. — Des tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne.

(*Archives de tocologie*, mars 1874.)

Dans ce premier article j'ai publié une observation inédite que j'avais recueillie dans tous ses détails pendant mon clinicat. Pour

mieux faire comprendre quel était le siége de la tumeur et son volume par rapport au volume total de l'enfant j'ai fait faire une gravure sur bois. Cette observation est suivie de deux autres, l'une qui m'a été donnée par M. le professeur Depaul, et l'autre par mon ami le Dr Charpentier, agrégé de la Faculté.

Cet article n'est pas encore terminé à cause de la publication intercurrente par M. Depaul d'un mémoire sur le même sujet, qui fait en quelque sorte suite à mon premier article.

8. — Des conséquences fâcheuses qui résultent pour l'enfant de la compression du crâne pendant le travail.

(*Archives de tocologie*, avril 1874.)

Traduction de l'anglais d'après un article du Dr Thomas Radford publié dans le British medical Journal.

9. — Bassin vicié par atrophie.

(*Archives de tocologie*, avril, août, novembre 1874.)

Traduit de l'italien sur un mémoire du professeur Edoardo Porro.

10. — Présentation de l'épaule, Embryotomie, guérison.

(*Archives de tocologie*, avril 1874.)

Cette observation forte intéressante est le récit détaillé d'une opération que j'ai été appelé à faire en ville. Il s'agissait d'une femme dont l'enfant se présentait par l'épaule et chez laquelle la partie fœtale, dans cette position irrégulière, avait été si fortement

poussée par les contractions utérines qu'elle obstruait tout le détroit supérieur et une grande partie de l'excavation pelvienne. De nombreuses tentatives de version avaient été faite inutilement. Ayant constaté à mon arrivée près de la malade cette situation et après m'être assuré de la mort de l'enfant et de l'impossibilité absolue de tenter la version, je pratiquai l'embryotomie après avoir fait respirer un peu de chloroforme à la malade. Cette opération, exécutée avec les grands ciseaux de P. Dubois, eut pour résultat de séparer presque complétement la tête du tronc; tirant ensuite sur le bras en procidence le tronc fut extrait, puis la tête, avec l'aide de deux doigts mis dans la bouche du fœtus.

Les suites de couches furent remarquablement simples.

11. — Sur la détermination de l'accouchement prématuré.

(*Archives de tocologie*, septembre 1874.)

Traduit de l'anglais du Dr Joseph Griffiths Swayne.

12. — Femme en travail depuis quatre jours, enfant hydrocéphale, craniotomie, application du forceps, mort.

(*Archives de tocologie*, février 1875.)

Cette observation, qui m'est entièrement personnelle, peut être considérée comme le type de la rupture utérine par suite d'amincissement graduel des parois de la matrice.

Cette femme, en travail depuis quatre jours, avait une disposition personnelle aux malformations fœtales. En effet, à sa première grossesse elle avait eu un enfant avec un bec-de-lièvre, et à cette seconde gestation on a pu observer de l'hydramnios et un fœtus hydrocéphale.

Quand je fus appelé près d'elle, tous les signes de la rupture utérine me frappèrent vivement.

Toutefois certaines circonstances que je relate, comme la persistance du pouvoir contractile de l'utérus mirent dans mon esprit quelques doutes à ce sujet.

Malheureusement l'événement justifia mes premières craintes.

J'ai insisté dans cette observation sur le diagnostic de l'hydrocéphalie et sur l'impossibilité d'articuler le forceps sur une tête assez volumineuse pour ne pouvoir être tenue entre les mors de l'instrument, puis sur la tête vidée par la craniotomie et qui dans les cas d'hydrocéphalie, devient absolument molle, les os de la voûte du crâne n'ayant entre eux aucun rapport de contiguïté. De là, la difficulté d'appliquer sur cette tête des instruments de préhension. Dans le cas particulier il m'a fallu me servir de la main mise en entier dans le vagin, un doigt étant introduit dans le trou fait à la la voûte du crâne par le craniotome, et j'ai pu à l'aide de ce doigt replié en crochet attirer la tête à la vulve et en faire l'extraction.

Ce fait s'est présenté une seconde fois depuis dans ma clientèle, mais cette [seconde observation n'a pas encore été publiée.

13. — Avortement de 3 mois. Délivrance tardive. Guérison.

(*Archives de tocologie*, décembre 1875.)

Dans l'avortement le fait, sans contredit, le plus intéressant est celui de la délivrance. En général les femmes, après avoir rendu une plus ou moins grande quantité de sang, avec l'eau de l'animos, et souvent le fœtus, s'inquiètent du temps qui s'écoule avant la sortie du délivre. Cet espace de temps peut être très-long. Dans l'observation que j'ai publiée ici, il s'est écoulé 8 jours avant l'expulsion de placenta, c'est surtout à ce point de vue que le cas est

intéressant. Un fait que j'ai mis également en lumière est l'administration intempestive du seigle ergoté et l'inutilité, pour ne pas dire plus, des recherches manuelles auxquelles cette dame était soumise avant mon arrivée.

14. — Expulsion d'un œuf abortif présentant les caractères d'une môle charnue.

(*Archives de tocologie, avril* 1876)

Pendant longtemps les môles ont été en grand honneur dans la médecine obstétricale; dans les ouvrages publiés par les auteurs des deux siècles derniers on en trouve de nombreux exemples; mais il faut bien dire que les observations ainsi relatées ne sont pas toujours indemnes de tout reproche. Aussi, arriva-t-il que plus tard on chercha quelle était la véritable nature de cet étrange produit, que l'on désignait sous le nom de môle, et l'on s'aperçut que ce terme pouvait s'appliquer à des cas assez différents. Pour ne parler que de la môle charnue, on vit clairement que les anciens auteurs avaient ainsi appelé, tantôt des productions polypeuses expulsées spontanément, tantôt des œufs abortifs plus on moins complets, c'est-à-dire sans ouverture à leur surface, mais privés de fœtus, tantôt enfin des masses placentaires ayant séjourné plus ou moins longtemps dans la matrice, à la suite d'une expulsion connue ou soupçonnée d'un produit de conception.

L'exemple que j'ai reproduit et qui fait le sujet de cette observation peut être considéré comme un œuf abortif, sans aucune lésion extérieure permettant de voir la trace de la sortie du fœtus, mais avec une cavité centrale tapissée d'une membrane. Il est probable que le fœtus, mort de bonne heure, a été liquéfié, que le liquide amniotique plus ou moins épais à la suite de cette fonte

fœtale s'est résorbé et que la cavité amniotique s'est peu à peu comblée par suite de l'extension des parois placentaires, qui ont continué à végéter pendant un certain temps à la suite de la disparition du produit de conception.

15. — De la médication intra-utérine.

(*Archives de tocologie*, avril, mai 1877).

Traduit de l'italien du Dr Carlo Liebman de Trieste.

16. — Un cas d'embryulcie.

(*Archives de tocologie*, septembre et octobre 1877).

Traduit de l'italien du Dr Carlo Liebman de Trieste.

Cette observation m'a paru intéressante à reproduire en ce qu'elle décrit un procédé d'embryotomie peu connu et surtout peu pratiqué en France : Le crochet de Braun. D'un autre côté c'est un exemple d'une position anormale prise par le fœtus, position qui a rendu fort difficile l'application des règles générales qui sont en usage pour terminer l'accouchement dans les présentations de l'épaule. J'ai, dans les réflexions que j'ai ajoutées au mémoire du Dr Liebman, laissé de côté la question du crochet, comme moyen d'embryotomie promettant d'y revenir un de ces jours et de discuter la valeur des divers instruments proposés pour l'embryotomie. Mais j'ai surtout insisté sur la situation du fœtus et, pour mieux faire comprendre quelle elle était, j'ai fait graver une planche représentant l'attitude de l'enfant dans la matrice au moment de l'opération. J'ai ensuite discuté la question de savoir si l'on avait affaire ici à une présentation de l'épaule primitive ou secondaire.

17. — Du diagnostic différentiel entre les polypes creux de l'utérus et l'inversion complète de cet organe.

(*Archives de tocologie*, novembre 1877.)

Traduit de l'anglais du Dr Sussdorff de New-York

18. — Opération césarienne après 7 jours de Travail. — Guérison.

(*Archives de tocologie*, décembre 1877.)

Traduit de l'anglais du Dr Edw. Jenks de Détroit.

Cette traduction m'a valu une lettre fort intéressante de M. le Dr Jenks à propos des sutures de l'utérus, de leur opportunité et de la nature des fils dont on doit se servir. Cette lettre est reproduite dans les *Archives de tocologie* de février 18 78.

19. — Traitement de l'atrésie des organes génitaux de la femme.

(*Archives de tocologie*, janvier 1878.)

Traduction de l'allemand du Dr Haussmann de Berlin.

20. — Nature et traitement de la dysmenorrhée membraneuse.

(*Archives de tocologie*, mai et juin 1878.)

Traduit de l'anglais du Dr John Williams.

21. — Un cas d'ovariotomie vaginale.

(*Archives de tocologie, septembre et octobre* 1878.)

Traduit de l'anglais du Dr William Goodell de Philadelphie.

22. — De la perforation des parois utérines par l'hystéromètre.

(*Archives de tocologie, décembre* 1878, *janvier* 1879.)

Traduit de l'italien du Dr Liebman de Trieste.

Dans le numéro de décembre il n'y a que la première partie du mémoire fort intéressant du Dr Liebman, la suite doit paraître dans le numéro de juillet prochain.

23. — Un cas de restauration du canal de l'urèthre chez la femme.

(*Archives de tocologie, juin* 1879.)

La destruction totale du canal de l'urèthre à la suite d'un accouchement, si laborieux qu'il eût été, est un fait extrêmement rare; le plus souvent, ce canal est lésé dans une partie plus ou moins longue de son étendue, et la restauration peut en être obtenue par un procédé autoplastique, quand la fistule vésicale qui accompagne la lésion uréthrale est elle-même susceptible de réparation.

Dans l'observation que j'ai publiée, le canal de l'urèthre avait disparu depuis onze ans, et la vessie communiquait avec le vagin par une ouverture qui s'étendait depuis le col de la matrice jusqu'à l'orifice interne du canal de l'urèthre.

J'ai pratiqué la restauration de ces parties par le procédé américain et, à la suite de trois séances qui ont entraîné l'application de dix-sept points de suture, j'ai obtenu une réunion parfaite depuis le col utérin jusqu'au méat urinaire, des parties qui avaient été avivées. C'est là une surface de réparation d'une très-grande longueur, si l'on songe que, à la suite de la première suture, on pouvait admettre que les parties restaurées avaient une étendue de 9 centimètres d'avant en arrière.

Le résultat a été, je crois, aussi bon qu'on pouvait le désirer, la vessie s'est peu à peu dilatée, sa capacité qui était nulle depuis onze ans, s'est graduellement accrue, si bien que peu de temps après l'opération, la malade pouvait garder l'urine toute la nuit et, si elle prenait, dans la journée, la précaution d'uriner toutes les deux heures, elle ne se mouillait plus comme elle l'était auparavant d'une manière constante. Les accidents de cystite qui avaient déterminé cette femme à l'opération, disparurent complétement ainsi que l'érythème qui recouvrait les cuisses et le siége.

Une des parties les plus intéressantes de cette observation est sans contredit le récit, très-embrouillé, fait par son premier accoucheur, qui cherche à expliquer la cause de la fistule et de la disparition de l'urèthre par une malformation congénitale. J'ai discuté ce certificat dont je n'ai eu connaissance qu'après l'opération et je crois avoir fait voir que la véritable cause de cette lésion peut être attribuée à une erreur commise au moment du premier accouchement, dans l'exploration des organes génitaux externes.

24. — Publications diverses.

On trouve encore dans les *Archives de tocologie*, un certain nombre de traductions d'articles anglais, allemands, italiens, que je n'ai pas citées ici.

Il existe également dans le même recueil un nombre considérable d'observations que j'ai recueillies pendant mon clinicat. Dans certains cas, je n'ai été que l'aide du professeur Depaul et le rédacteur des faits qui s'étaient passés sous mes yeux. Dans quelques-uns, j'ai été moi-même l'opérateur, le professeur étant alors absent ou momentanément empêché.

25. — Ouvrages en préparation.

1° Tome II des leçons de clinique obstétricale (cette seconde partie comprendra les opérations qui s'appliquent aux accouchements);
2° Manuel d'accouchements;
3° Manuel des maladies des femmes (1).

(1) Des traités réguliers ont été passés il y a plus d'un an avec V. Adrien Delahaye, mon éditeur pour la publication de ces trois ouvrages.

Paris — Typ. A. Parent, imp. de la Faculté de médecine rue M.-le-Prince, 29-31